



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

**THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH  
TỪ KHƯỚC, CHẤM DỨT, HOẶC HẾT HẠN TÌNH TRẠNG HỢP LỆ**  
PLANNED ACTION NOTICE  
ELIGIBILITY DENIAL, TERMINATION, OR EXPIRATION

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA THÂN CHỦ/NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN

Kính gửi:

**QUYẾT ĐỊNH VỀ TÌNH TRẠNG HỢP LỆ**

Kể từ ngày \_\_\_\_\_ quý vị KHÔNG ĐƯỢC hợp lệ là thân chủ của DDD nữa bởi vì:

- Quý vị không đáp ứng tiêu chuẩn nào trong các điều kiện hợp lệ cụ thể cho lứa tuổi của quý vị.  
 Dưới sáu (6) tuổi WAC 388-823-0810 đến 0850  
 Từ sáu (6) đến chín (9) tuổi WAC 388-823-0810 đến 0850  
 WAC 388-823-0200 đến 0710  
 Mười (10) tuổi trở lên WAC 388-823-0200 đến 0710

(Xin xem bản Tóm Tắt về Bằng Chứng và Liệt Kê Bằng Chứng đính kèm)

- Tình trạng hợp lệ của quý vị sẽ hết hạn vào WAC 388-823-1005 và WAC 388-823-1040  
 Sinh nhật thứ 4 của quý vị  
 Sinh nhật thứ 10 của quý vị  
 Quý vị bắt đầu bị tật vào lúc 18 tuổi hoặc trên. WAC 388-823-0040  
 Quý vị không phải là cư dân của Tiểu Bang Washington. WAC 388-823-0050 và WAC 388-823-1020  
 Khuyết tật của quý vị không kéo dài vô hạn định. WAC 388-823-0040  
 Quý vị hoặc người đại diện của quý vị đã yêu cầu chấm dứt tình trạng hợp lệ hưởng DDD của quý vị.

**BƯỚC KẾ TIẾP LÀ GÌ?**

- Quý vị hiện đang được nhận các dịch vụ do DDD trả tiền và các dịch vụ sau đây sẽ chấm dứt khi tình trạng hợp lệ của quý vị hết hạn hoặc chấm dứt: (RCW 71A.16.020)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dịch Vụ Miễn Lệ HCBS            | <input type="checkbox"/> Trả Tiền DDD SSP |
| <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Cá Nhân Thuộc Medicaid | <input type="checkbox"/> Các dịch vụ khác |
| <input type="checkbox"/> Dịch Vụ Hỗ Trợ Gia Đình         |   |

Những chọn lựa về dịch vụ khác hiện có cho quý vị:

## QUYỀN KHÁNG CÁO CỦA QUÝ VI

Quý vị được quyền thỉnh cầu Điều Giải Hành Chánh nếu quý vị không đồng ý với sự **từ khước** hoặc **chấm dứt** tình trạng hợp lệ của quý vị. Quý vị không có quyền kháng cáo về việc **hết hạn** tình trạng hợp lệ.

Quý vị có chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận được thông báo này để thỉnh cầu điều giải. Đơn thỉnh cầu điều giải có đính kèm theo đây.

- Từ khước** tình trạng hợp lệ. Nếu thông báo này cho quý vị biết rằng yêu cầu của quý vị về điều kiện hợp lệ đã bị từ chối, quý vị có thể thỉnh cầu điều giải hành chánh trong vòng chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận được thông báo này. Nếu quý vị thỉnh cầu điều giải sau chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận được thông báo này, quý vị sẽ không còn được quyền xin điều giải nữa.

**Chấm dứt** tình trạng hợp lệ. Nếu đơn này là để báo cho quý vị biết rằng tình trạng hợp lệ của quý vị bị chấm dứt:

  - Quý vị có thể thỉnh cầu điều giải hành chánh trước ngày \_\_\_\_\_ để được tiếp tục hợp lệ và được hưởng bất cứ (các) dịch vụ hiện tại nào đã được trả tiền trong lúc tiến hành kháng cáo.
  - Nếu quý vị chọn tiếp tục hưởng dịch vụ đã được trả tiền này và nếu quyết định cuối cùng của bộ vẫn giữ nguyên, thì quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm trả tiền lại cho các dịch vụ lên đến 60 ngày.
  - Nếu quý vị không muốn tiếp tục nhận các dịch vụ đã được trả tiền, xin liên lạc với:

NHÂN VIÊN ĐIỀU TRÁCH HUỐC SỐ/NHUẬN TRỌC GIÚP

SỐ DIỄN THUẬT

- Hết hạn** tình trạng hợp lệ. Nếu thư này là để thông báo cho quý vị biết rằng tình trạng hợp lệ của quý vị đã hết hạn bởi vì quý vị không làm đơn xin tái xét tình trạng hợp lệ **đúng lúc** trước ngày sinh nhật thứ tư hoặc thứ mươi của quý vị, quý vị không còn được quyền để xin điều giải hành chánh nữa. Quý vị có thể làm đơn xin tái xét tình trạng hợp lệ.

Quý vị có những quyền hạn sau đây:

1. Được có người đại diện (quý vị có thể hợp lệ để được trợ giúp pháp lý miễn phí);
  2. Được yêu cầu bản sao hồ sơ của quý vị và tất cả những tin tức đã được DDD xét duyệt để quyết định;
  3. Được trình những giấy tờ chứng minh;
  4. Được làm chứng tại buổi điều giải và có nhân chứng hiện diện để làm chứng cho quý vị; và
  5. Được đối chất với những nhân chứng của bộ.

QUÝ VI CÓ THẮC MẮC GÌ KHÔNG?

Nếu quý vị có thắc mắc về quyết định này đối với tình trạng hợp lệ của quý vị hoặc thủ tục kháng cáo, xin liên lạc với:

#### QUẢN LÝ PHỤ TRÁCH HỒ SƠ/NGUỒN TRỢ GIÚP

tai

SỐ ĐIỆN THOẠI

## TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA VĂN PHÒNG



**THỈNH CẦU ĐIỀU GIẢI VỀ THÔNG  
BÁO QUYẾT ĐỊNH CỦA DDD VỀ  
VIỆC TỪ KHƯỚC, CHẤM DỨT, HOẶC  
HẾT HẠN TÌNH TRẠNG HỢP LỆ**

chiếu theo Chương 388-02 của DSHS về các điều lệ điều giải.

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Oral request taken by:	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

**GỬI ĐẾN:** OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

**SỐ FAX:** 360-586-6563

Tôi thỉnh cầu một buổi điều giải bởi vì tôi không đồng ý với quyết định sau đây về tình trạng hợp lệ hoặc dịch vụ của Nha Trợ Giúp Tàn Tật (DDD):

TÊN CỦA QUÝ VỊ (XIN VIẾT CHỮ IN)	NGÀY SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI
ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI THỈNH CẦU ĐIỀU GIẢI	SỐ ID CỦA THÂN CHỦ	
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH
SỐ ĐIỆN THOẠI (NHỚ GHI SỐ VÙNG)		<input type="checkbox"/> ĐIỆN THOẠI ĐỂ NHẮN

Tôi đã được thông báo về sự quyết định vào ngày: \_\_\_\_\_ bởi: \_\_\_\_\_  
NGÀY \_\_\_\_\_ TÊN VÀ ĐỊA ĐIỂM CỦA VĂN PHÒNG DSHS

Tôi muốn được tiếp tục hưởng trợ cấp, nếu hợp lệ:  Có  Không Chương Trình: \_\_\_\_\_

Tôi được đại diện bởi (nếu quý vị sẽ tự đại diện cho chính mình, xin đừng điền vào hai hàng kế tiếp):

TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN CỦA QUÝ VỊ	CƠ QUAN	SỐ ĐIỆN THOẠI	
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH

Tôi cho phép tiết lộ các chi tiết về buổi điều giải cho người đại diện của tôi.

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ	NGÀY
-------------------	------

Quý vị có cần thông dịch viên hoặc những trợ giúp hay phương tiện khác cho buổi điều giải của quý vị không?  Có  Không

Nếu có, xin cho biết ngôn ngữ hoặc loại trợ giúp gì? \_\_\_\_\_

Thẩm Phán Tòa Hành Chánh (ALJ) có thể giải quyết buổi điều giải bằng điện thoại. Nếu quý vị muốn được điều giải bằng cách đích thân đến gặp, xin làm theo những hướng dẫn trong Thông Báo Điều Giải mà OAH sẽ gửi đến cho quý vị.

**INSTRUCTIONS FOR DDD ELIGIBILITY PLANNED ACTION  
NOTICE FOR DENIAL, TERMINATIONS, EXPIRATIONS**

Notification Requirements

1. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.
2. The Planned Action Notice has five (5) sections.
  - Decision
  - Appeal rights
  - Summary of Evidence
  - Evidence Table
  - Request for Appeal
3. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of their age and to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:
  - A parent if the client is less than age eighteen (18);
  - The guardian or other legal representative;
  - Other relative;
  - Other person identified by the client;
  - An advocacy agency.

Completing the form

1. Effective date
  - Initial denial is the date generated by the IE application.
  - Expiration is 4th or 10th birthday.
  - 18 year old review is 18th birthday (allow a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days)
  - For other reviews, terminate the last of the month allowing a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days from mailing date.
2. Services: For terminations/expirations, check one of the boxes related to paid DDD services.
  - Check the DDD services that terminate with the eligibility.
  - You do not have to send an additional service Planned Action Notice since the "action" is the eligibility decision.
3. Other service options: Identify other DSHS and non-DSHS service options.
4. "Your Appeal Rights": Check the correct decision. At least one box must be checked.
  - If it is a termination of a currently eligible client, you must fill in the date for requesting a hearing and maintaining eligibility and services.

The appeal date is calculated by counting 10 days from the mailing of the Planned Action Notice and extending to the end of the month of the 10th day.

- The appeal date must be prior to or the same as the effective date. (See #1 above)
- The 10th day must be a working day.

**Examples:**

1. The notice is completed October 10th with anticipated mailing October 11th.
  - Ten (10) days counting October 11th is October 20th.
  - the last day of the month of the 10th day is October 31st.
2. The notice is completed October 20th with anticipated mailing October 23rd.
  - Ten (10) days counting October 23rd is November 1st.
  - the last day of the month of the 10th day is November 30th.

**5. Summary of Evidence**

- Complete the Summary section(s) relevant to the applicant/client age.
  - Children under age six (6): send only the Evidence Table "Children Under Age Ten (10)"
  - Children age six (6) through age nine (9): send both Evidence Tables
  - Persons age ten (10) and older: send only the Evidence Table for "Persons Age Six (6) and Older"

**Distribution**

1. The client and representative letter can be mailed in the same envelope if they live at the same address.
2. Put a copy in the client file.
3. Allen/Marr Class Members (see policy 11.01 and 11.03)
  - WPAS
  - RSN
  - MH CRM
  - Mental Health Program Manager in DDD Headquarters

**BẢN TÓM TẮT VỀ BẰNG CHỨNG**  
**CÁC ĐÒI HỎI CĂN BẢN VỀ QUY ĐỊNH CỦA DSHS ĐỐI VỚI TÌNH TRẠNG HỢP LỆ**

CÓ BẰNG CHỨNG	KHÔNG ĐÚ BẰNG CHỨNG	KHÔNG ÁP DỤNG	CÁC ĐÒI HỎI CĂN BẢN VỀ QUY ĐỊNH CỦA DSHS ĐỐI VỚI TÌNH TRẠNG HỢP LỆ	ĐIỀU LỆ CỦA DSHS (WAC)
			(1) Quý vị được sáu (6) tuổi hoặc trên và được xem như là bị một hoặc nhiều khuyết tật sau đây:	388-823-0040 (1)(a)
			(a) Bị chậm khôn, hoặc	
			(b) Liệt não bộ, hoặc	
			(c) Bị Động Kinh, hoặc	
			(d) Bị Ngớ Ngẩn, hoặc	
			(e) Bị chứng bệnh khác về thần kinh, hoặc	
			(f) Bị chứng bệnh khác được tìm thấy bởi DDD gần giống như chứng chậm khôn hoặc đòi hỏi việc điều trị tương tự như vậy bởi người bị chậm khôn;	
			và	388-823-0040 (1)(b)
			(2) Quý vị bị khuyết tật trước 18 tuổi;	
			và	388-823-0040 (1)(c)
			(3) Khuyết tật của quý vị kéo dài không biết đến bao giờ;	
			và	388-823-0040 (1)(d)
			(4) Khuyết tật của quý vị gây ra sự giới hạn về khả năng thích nghi một cách đáng kể.	
			Hoặc	388-823-0800 (4)
			(5) Quý vị dưới 10 tuổi và:	
			(a) Quý vị bị chậm phát triển, hoặc	
			(b) Quý vị bị Hội Chứng Down, hoặc	
			(c) Tình trạng của quý vị quá trầm trọng để được thẩm định, hoặc	
			(d) Quý vị hợp lệ trong Chương Trình Chăm Sóc Đặc Biệt Tại Nhà	

**Chú Thích:**

"Không đủ bằng chứng" có nghĩa là không nhận được bằng chứng hoặc bằng chứng không đáp ứng tiêu chuẩn của WAC. Xem bản Liệt Kê Bằng Chứng đính kèm để biết những đòi hỏi cụ thể của WAC.

Nếu quý vị mươi tuổi hoặc trên, những đòi hỏi từ phần (2) đến (5) sẽ ghi là "không áp dụng" trừ khi quý vị đáp ứng điều kiện hợp lệ ghi trong phần (1).

Nếu quý vị dưới sáu tuổi, những đòi hỏi từ phần (1) đến (4) sẽ ghi là "không áp dụng" cùng với phần ngoại lệ sau đây:

- Đòi hỏi (4) chỉ áp dụng cho tình trạng bị chậm phát triển.

TÊN NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN

**BẢN TÓM TẮT VỀ BẰNG CHỨNG  
CHO TRẺ EM DƯỚI MUỐI (10) TUỔI**

**Quý vị không hợp lệ là thân chủ của DDD. Bản tóm tắt này đòi hỏi bằng chứng của mỗi chứng tàn tật chiếu theo WAC 388-823.**

TÌNH TRẠNG KHUYẾT TẬT	ĐỊNH BỆNH BỞI BÁC SĨ CHẨN ĐOÁN THÍCH HỢP	BẰNG CHỨNG VỀ SỰ GIỚI HẠN ĐÁNG KẾ
Chậm Phát Triển WAC 388-823-0810 đến 388-823-0850	Không đòi hỏi chẩn đoán	Thẩm định về phát triển hoặc thẩm định về chậm phát triển Bị chậm 1.5 dưới mức tiêu chuẩn sai lệch:  Từ sơ sinh đến 2 tuổi: bị chậm 1 hoặc nhiều hơn Từ 3 đến 9 tuổi: bị chậm 3 hoặc nhiều hơn
Hội Chứng Down WAC 388-823-0810(2) WAC 388-823-0820	Hội Chứng Down bởi Bác Sĩ Có Giấy Phép Hành Nghề	N/A
Quá Trầm Trọng Để Được Thẩm Định WAC 388-823-0810(4) WAC 388-823-0820	Tình trạng quá trầm trọng để được thẩm định bởi Bác Sĩ Có Giấy Phép Hành Nghề hoặc Bác Sĩ Tâm Lý Có Giấy Phép Hành Nghề	N/A
Chăm Sóc Đặc Biệt Tại Nhà WAC 388-823-0810(3) WAC 388-823-0820	Hợp lệ để được hưởng Chương Trình Chăm Sóc Đặc Biệt Tại Nhà của DSHS bởi Giám Đốc của DSNS/HRSA	N/A

TÊN NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN

**BẢN TÓM TẮT VỀ BẰNG CHỨNG  
CHO NHỮNG NGƯỜI TRÊN SÁU (6) TUỔI**

**Quý vị không hợp lệ là thân chủ của DDD. Bản tóm tắt này đòi hỏi bằng chứng của mỗi chúng tàn tật chiếu theo WAC 388-823.**

TÌNH TRẠNG KHUYẾT TẬT	ĐỊNH BỆNH BỞI BÁC SĨ CHẨN ĐOÁN THÍCH HỢP	BẰNG CHỨNG VỀ SỰ GIỚI HẠN ĐÁNG KẾ
Chậm Khôn WAC 388-823-0200 đến 388-823-0230	Bị Chậm Khôn bởi Bác Sĩ Tâm Lý Có Giấy Phép Hành Nghề hoặc Bác Sĩ Có Bằng của Trường Được Chứng Nhận Hội Chứng Down bởi Bác Sĩ Có Giấy Phép Hành Nghề  <u>và</u> Không có bằng chứng là bị bệnh tâm thần, bệnh tâm lý, hoặc bệnh trạng hay chẩn đoán thường tích có ảnh hưởng hoặc khả năng thích nghi không liên quan.	Thẩm định tâm lý bao gồm thẩm định về sự thích nghi và Thủ Nghiệm về Chỉ Số Thông Minh (IQ) dưới hơn hai mức tiêu chuẩn sai lệch
Liệt Não Bộ WAC 388-823-0300 đến 388-823-0330	Liệt Não Bộ bởi Bác Sĩ Có Giấy Phép Hành Nghề Liệt Tứ Chi bởi Bác Sĩ Có Giấy Phép Hành Nghề Bán Thân Bất Toại bởi Bác Sĩ Có Giấy Phép Hành Nghề Liệt Hai Bên Người bởi Bác Sĩ Có Giấy Phép Hành Nghề  <u>và</u> Bị phát bệnh trước khi 3 tuổi Bằng chứng về nhu cầu trợ giúp thể chất cùng với hai hoặc nhiều điều sau đây: đi vệ sinh, tắm rửa, ăn, mặc, dì lại, hoặc tiếp xúc	Bị phát bệnh trước khi 3 tuổi Bằng chứng về nhu cầu trợ giúp th체 chất cùng với hai hoặc nhiều điều sau đây: đi vệ sinh, tắm rửa, ăn, mặc, dì lại, hoặc tiếp xúc

TÌNH TRẠNG KHUYẾT TẬT	ĐỊNH BỆNH BỞI BÁC SĨ CHẨN ĐOÁN THÍCH HỢP	BẢNG CHỨNG VỀ SỰ GIỚI HẠN ĐÁNG KẾ
Bị Động Kinh WAC 388-823-0400 đến 388-823-0420	Bị Động Kinh bởi Bác Sĩ Thần Kinh Có Bằng Chứng Nhận Bị Lên Cơn bởi Bác Sĩ Thần Kinh Có Bằng Chứng Nhận	Chẩn đoán dựa vào hồ sơ bệnh lý và thử nghiệm về thần kinh Xác nhận của bác sĩ hoặc bác sĩ thần kinh về tình trạng bị động kinh liên tục và bất trị hoặc tái phát không dùng thuốc để kèm chế được  <b>và</b> Chỉ số về thắc định thích nghi dưới hơn 2 tiêu chuẩn sai lệch thuộc một trong những điều sau đây: Vineland hoặc SIB-R trong 3 năm vừa qua; hoặc ICAP trong 2 năm vừa qua
Ngờ Ngǎn WAC 388-823-0500 đến 388-823-0515	Bị Ngờ Ngǎn hoặc Rối Loạn về Ngờ Ngǎn Chiếu Theo 299.00 trong DSM-IV-TR bởi Bác Sĩ Thần Kinh Hồi Đầu Tiêu Chuẩn hoặc Bác Sĩ Tâm Lý Có Giấy Phép Hành Nghề hay Bác Sĩ Nhi Đồng Chuyên Về Lĩnh Vực Bẩm Sinh và Tính Hạnh Cố Bằng Chứng Nhận	Bằng chứng cho thấy chức năng hoạt động chậm hay bị Ngờ Ngǎn trước khi được 3 tuổi trong khả năng giao tiếp, ngôn ngữ, tiếp xúc, hoặc chơi giả hay chơi tuồng tuồng  <b>và</b> Chỉ số về thắc định thích nghi dưới hơn 2 tiêu chuẩn sai lệch thuộc một trong những điều sau đây: Vineland hoặc SIB-R trong 3 năm vừa qua; hoặc ICAP trong 2 năm vừa qua

TÌNH TRẠNG KHUYẾT TẬT	ĐỊNH BỆNH BỞI BÁC SĨ CHẨN ĐOÁN THÍCH HỢP	BẰNG CHỨNG VỀ SỰ GIỚI HẠN ĐÁNG KẾ
Chứng Bệnh Khác Về Thần Kinh WAC 388-823-0600 đến 388-823-0615	Bị suy yếu hệ thần kinh trung ương bởi Bác Sĩ Có Giấy Phép Hành Nghề  <b>và</b> Bằng chứng các nhu cầu về nhu cầu trợ giúp thể chất hàng ngày cùng với hai hoặc nhiều điều sau đây: đi vệ sinh, tắm rửa, ăn, mặc, đi lại, hoặc tiếp xúc	Thứ Nghiệm về Chỉ số Thông Minh (FS IQ) là 1 1/2 hoặc dưới nhiều của tiêu chuẩn sai lệch
Bệnh Trạng Khác WAC 388-823-0700 WAC 388-823-0710	Một tình trạng hoặc sự rối loạn được định nghĩa là đưa đến sự suy kém về cả hai khả năng vận dụng trí óc và sự thích nghi bởi Bác Sĩ Có Giấy Phép Hành Nghề hoặc Bác Sĩ Tâm Lý Có Giấy Phép Hành Nghề  <b>và</b> Do một bệnh về thần kinh, bị rối loạn hệ thần kinh trung ương, hoặc bị rối loạn về nhiễm sắc thể  <b>và</b> Không có bằng chứng hoặc bệnh trạng nào không liên quan hay sự suy yếu làm ảnh hưởng chức năng thích nghi  <b>và</b> Chỉ số về thẩm định thích nghi dưới hơn 2 tiêu chuẩn sai lệch thuộc một trong những điều sau đây: Vineland hoặc SIB-R trong 3 năm vừa qua; hoặc ICAP trong 2 năm vừa qua	Thứ Nghiệm về Chỉ số Thông Minh (FS IQ) là 1 1/2 hoặc dưới nhiều của tiêu chuẩn sai lệch  <b>và</b> Bằng chứng cho thấy bị chậm phát triển đáng kể về học vấn  <b>và</b> Không có bằng chứng hoặc bệnh trạng nào không liên quan hay sự suy yếu làm ảnh hưởng chức năng thích nghi  <b>và</b> Chỉ số về thẩm định thích nghi dưới hơn 2 tiêu chuẩn sai lệch thuộc một trong những điều sau đây: Vineland hoặc SIB-R trong 3 năm vừa qua; hoặc ICAP trong 2 năm vừa qua
Chăm Sóc Đặc Biệt Tại Nhà (chỉ đến 17 tuổi) WAC 388-823-0700(2) WAC 388-823-0710(2)	NA  NA	Hợp Lệ Để Được Huống Chương Trình Chăm Sóc Đặc Biệt Tại Nhà của DSHS